

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD
REGION SUR DE SALUD
PONCE, PUERTO RICO 00731

OFICINA DE PERSONAL REGIONAL

Sra. Delia Renta Rodríguez
Urb. Las Flores Calle 3 B-3
Juana Díaz, P.R. 00795

P/C : Dr. José A. Toro Font
Director Regional

Dr. José A. Toro Font / *[Signature]*

Lourdes T. Napoleoni
Sra. Lourdes T. Napoleoni
Directora de Recursos Humanos
AFASS-Region Sur

8 de abril de 1999

ACEPTACION DE RENUNCIA POR RETIRO TEMPRANO

De acuerdo con sus deseos hemos procedido a aceptarle la renuncia del puesto de AUX. DE SALUD ORAL II, con un sueldo mensual de \$1,041.00 y con carácter regular que usted ocupó en la Dir. y Adm. Regional de Ponce.

Esta renuncia fue efectiva el 31 de marzo de 1999.

Los 36½ días de vacaciones regulares y los 28 días por enfermedad acumulados por usted hasta la fecha en que fue efectiva su renuncia para acogerse a los beneficios del **SISTEMA DE RETIRO TEMPRANO** se pagarán en forma escalonada según lo dispone la Ley de **RETIRO TEMPRANO**. (65%)

Aprovechamos la oportunidad para expresarle nuestro agradecimiento y reconocimiento por los servicios que usted ofreciera al pueblo de Puerto Rico. Esperamos que disfrute usted del bien merecido retiro, junto a sus familiares y le deseamos el mayor de los éxitos en cualquier empresa que usted emprenda.

Así le ayude DIOS.

/vls

'99 APR 9 PM 3 48

Número de Evidencia de Reclamación:
Reclamante:

INFORMACIÓN SOLICITADA PARA PROCESAR SU RECLAMACIÓN

Instrucciones

Responda las cuatro (4) preguntas y sub-preguntas aplicables. Incluya el mayor nivel de detalle posible en sus respuestas. Sus respuestas deben proporcionar más información de la que se incluye en la evidencia de reclamación inicial. A modo de ejemplo, si usted escribió previamente como fundamento de su reclamación "Ley 96," tenga a bien explicar ahora en qué leyes específicas pretende basar su reclamación, el año en que se aprobó la ley en cuestión, y cómo y por qué cree que esta ley en particular constituye un fundamento para su reclamación. Asimismo, si estuviera disponible y fuera aplicable a su reclamación, proporcione:

- Copia de un escrito inicial, como por ejemplo una Demanda o Respuesta;
- Una sentencia o acuerdo de conciliación sin pagar;
- Notificación por escrito de su intención de radicar una reclamación con constancia de envío por correo;
- Toda documentación que, a su juicio, fundamente su reclamación.

Envíe el formulario completado y documentos de apoyo por correo electrónico a PRClaimsInfo@primeclerk.com, o por correo postal o entrega en mano a la siguiente dirección:

| <u>Por Correo</u> | <u>Entrega en Mano o Service de Correo Postal de 24 Horas</u> |
|---|--|
| Commonwealth of Puerto Rico Supplemental Information Processing Center c/o Prime Clerk, LLC Grand Central Station, PO Box 4708 New York, NY 10163-4708 | Commonwealth of Puerto Rico Supplemental Information Processing Center c/o Prime Clerk LLC 850 Third Avenue, Suite 412 Brooklyn, NY 11232 |

Cuestionario

1. ¿Cuál es el fundamento de su reclamación?

- ☒ Una acción legal pendiente de resolución o concluida con el gobierno de Puerto Rico o en contra de este
- ☐ Empleo actual o anterior en el gobierno de Puerto Rico
- ☐ Otro (indique con el mayor nivel de detalle. Adjunte páginas adicionales de ser necesario.)

2. ¿Cuál es el monto de su reclamación (cuánto dinero reclama que se le adeuda):

Aprox. 10,000.00 o a la que tengo derecho por ley.

Número de Evidencia de Reclamación:
Reclamante:

Número de
Reclamante:

4(e). Estado del caso

4(f). ¿Tiene usted una serie
de ser así, ¿cuál?

3. Empleo. ¿Su reclamo se relaciona con un empleo actual o anterior en el gobierno de Puerto Rico?

☐ No. Pase a la Pregunta 4.

☒ Sí. Responda preguntas 3(a)-(d).

3(a). Identifique el organismo o departamento específico en el que trabaja o trabajó:

Departamento de Salud de Puerto Rico (División Salud Oral)

3(b). Identifique las fechas de su empleo con relación a su reclamación:

1-October-73-91-31-March-1999

3(c). Últimos cuatro dígitos de su número de seguro social 9228

3(d).Cuál es la naturaleza de sus reclamaciones de empleo (seleccione todo lo que sea aplicable):

☐ Jubilación

☒ Salarios impagos

☐ Días por enfermedad

☐ Queja con el sindicato

☐ Vacaciones

☐ Otro (Proporcione el mayor nivel de detalle posible. Adjunte páginas adicionales de ser necesario).

4. Acción legal. ¿Su reclamación se relaciona con una acción judicial ya cerrada o pendiente de resolución?

☐ No.

☒ Sí. Responda Preguntas 4(a)-(f).

4(a). Identifique el departamento o agencia que es parte de esta acción.

Departamento de Salud de Puerto Rico - División (Salud Oral)

4(b). Identifique el nombre y la dirección del tribunal o agencia donde la acción está pendiente de resolución:

Prime Clerk Common Wealth Processing Center of Puerto Rico

4(c). Número de caso: 17 BK 3283-LTS

4(d). Título, epígrafe, o nombre del caso:

Key Promesa Título III

c/o Prime Clerk, LLC
850 Third Avenue Suite
412 Brooklyn, NY 11232

Número de Evidencia de Reclamación:
Reclamante:

4(e). Estado del caso (pendiente de resolución, en apelación, o cerrado):
Pendiente de resolución

4(f). ¿Tiene usted una sentencia impaga? Sí No (Marque una)

De ser así, ¿cuál es la fecha y el monto de la sentencia?